UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER
UNITÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

ANNÉE 1971 N° 60

LE TRAITEMENT DES ULCÈRES CHRONIQUES DE JAMBE PAR LA POUDRE P 47

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en mars 1971

par

Robert JEANNEL

Membres du Jury

MM.	BAZEX	*Président.*
	ARLET	
	RIBAUT	*Assesseurs.*
	DUPRE	
	ESPAGNO Guy	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE FOURNIE
27, boulevard Riquet, 27

1971

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536520_0082

LE TRAITEMENT DES ULCÈRES CHRONIQUES DE JAMBE PAR LA POUDRE P 47

LE TRAITEMENT DES ULCÈRES
CHRONIQUES DE JAMBE
PAR LA POUDRE P 47

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER
UNITÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

ANNÉE 1971 N° 60

LE TRAITEMENT DES ULCÈRES CHRONIQUES DE JAMBE PAR LA POUDRE P 47

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en mars 1971

par

Robert JEANNEL

Membres du Jury

MM.	BAZEX	*Président.*
	ARLET	*Assesseurs.*
	RIBAUT	
	DUPRE	
	ESPAGNO Guy	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE FOURNIE
27, boulevard Riquet, 27

1971

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER

118, route de Narbonne — 31 - TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITÉS MÉDICALES

Président de l'Université	M. LARENG
1er Vice-Président	M. MATHIS
Directeur de l'Unité de Sciences Médicales, Toulouse-Purpan ..	M. MONNIER
Directeur de l'Unité de Sciences Médicales, Toulouse-Rangueil. .	M. ENJALBERT

DOYENS HONORAIRES

MM. LAZORTHES, GORSE, CALVET, BRUSTIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS, LAGROT, DULUCQ.

SECTION MÉDECINE — PROFESSEURS

Clinique médicale et cardiologique. . . . .MM.	DARDENNE.
Clinique médicale Sud	GADRAT.
Clinique chirurgicale	FICAT.
Clinique chirurgicale A et gynécologie	POULHES.
Clinique chirur. B et du cancer.	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	PASQUIÉ.
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.....	RIEUNAU.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire.	ENJALBERT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BAZEX.
Clinique des maladies des voies urinaires.	LHEZ.
Clinique maladies infectieuses. .	ARMENGAUD M.
Clinique médicale infantile et puériculture.	SOREL.
Clinique médicale de la première enfance.	BARDIER.
Clinique de neuro-chirurgie....	LAZORTHES G.
Clinique neurologique et psychiatrique.	GÉRAUD.
Clinique obstétricale.	PONTONNIER.
Clinique odonto-stomatologique .	CADENAT.
Clinique ophtalmologique.....	N...
Clinique O. R. L. et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET.
Clinique de pneumo-phtisiologie.	DELAUDE.
Clinique rhumatologique. . . ..MM.	RUFFIÉ (R.).
Accouchement et obstétricie sociale.	MONROZIÉS.
Anatomie.	BASTIDE.
Anatomie pathologique.	FABRE (J.).
Anesthésie et réanimation.....	LARENG (L.)
Bactériologie et Virologie. . ..Mme	ENJALBERT.
Biophysique médicale A .....MM.	AUVERGNAT.
Biophysique médicale B	BRU.
Chimie biologique.	VALDIGUIÉ (P.)
Electro-radiologie.	MARQUÈS.
Embryologie générale.	BROUSSY (J.)
Hématologie.	RUFFIÉ (J.).
Histologie.	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	N...
Cardiologie clinique et expérimentale	N...
Hygiène et médecine sociale ..	MONNIER.
Immunologie.	DUCOS.
Médecine légale et médecine du travail.	PLANQUES.
Pathologie chirurgicale.	DAMBRIN.
Pathologie générale et médecine expérimentale.	SENDRAIL.
Pathologie médicale.	RIBAUT.
Physiologie.	LAPORTE (Y.)
Physiologie appliquée et pharmacologie.	BAISSET.
Sémiologie et clinique médicale	LAPORTE (J.)
Thérapeutique.	DARNAUD.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie. ....MM.	GUILHEM.
Anatomie pathologique.	BOUISSOU.
Biochimie médicale.	DOUSTE-BLAZY.
Histologie et Embryologie. . ..	PLANEL.
Oto-Rhino-Laryngologie.	CLAUX
Pathologie médicale. . . . .MM.	BOULARD
Physiologie.	MONTASTRUC
Physiologie.	BESSOU.
Physique médicale.....	COMMANAY.
Pneumo-phtisiologie.	MIGUÉRÈS.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique.....MM.	FABRE (J.).
Bactériologie, Parasitologie, Virologie. . . .. Mme	LARENG.
Biochimie médicale. . . . .MM.	VALDIGUIÉ P.
Chirurgie générale.	GÉDÉON.
Chirurgie générale.	SARRAZIN.
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.	ESCHAPASSE.
Electro-Radiologie.	PONS.
Electro-Radiologie.	ROULLEAU
Médecine générale et Thérapeutique .....MM.	BOLLINELLI
Ophtamologie.	DEODATI.
Pédiatrie.	DALOUS.
Neurochirurgie	ESPAGNO (J.)
Médecine générale et thérapeutique.	SUC.
Pédiatrie	REGNIER.
Médecine générale.....	RIBET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Carcinologie.	MM. Estrade	Chirurgie générale.	MM. Escat (J.)
Médecine générale et thérapeutique.	Bès.	»	Costagliola
Pathologie expérimentale	Gleizes.	Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive.	Utheza Guy
Médecine générale.	Arlet (J.).	Urologie.	Pontonnier F.
Dermatologie, Vénéréologie. . . .	Dupré.	Histologie, Embryologie, Cytogénétique.	Soleilhavoup.
Thérapeutique.	Denard	Biophysique.	Guiraud (R.)
Physiologie.	Geral (J.-P.)	Physiologie.	Pagès (B.).
Cardiologie.	Bounhoure	Parasitologie.	L'Arrouy.
Thérapeutique, Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie.	Salvador (M.).	Immunologie, Hématologie, Maladies du sang.	Biermé (R.).
Radiologie.	Combes (P.).	Anatomie et organogénèse. . . .	Juskiewenski
Pneumo-Phtisiologie.	Albarède J.-L.	Médecine Interne.	Fedou Robert
Pédiatrie génétique médicale...	Rochiccioli.	Médecine Générale.	Rascol

AGREGES

Médecine générale.	MM. Calazel.	Médecine légale	MM. Grezes-Rueff
»	Le Tallec.	Neurologie et psychiatrie	Gayral.
Chirurgie générale.	Gaubert.	Ophtalmologie	Bec.

AGREGES LIBRES

Chirurgie générale	MM. Souquet.	Obstétrique	M. Espagno G.
Pathologie chirurgicale	Dieulafé.		

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie. . . . . M. Laboucarie.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Général de l'Université. . . . . M. Prineau J.-P.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Déclaration en date du 12 mai 1891.)

UNIV. LEIDEN BIBL.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAZEX

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBAUT

Professeur de Pathologie Médicale
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez encouragé tout au long de nos études, pendant lesquelles nous avons pu apprécier la rigueur de votre enseignement.

En vous demandant de bien vouloir siéger dans notre jury, nous avons désiré vous exprimer notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARLET

Maître de Conférence agrégé de Médecine générale
Médecin des Hôpitaux

Nous ne saurions oublier la grande clarté de votre enseignement clinique.

Nous vous savons gré de l'amicale bienveillance que vous nous avez manifestée.

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger à notre jury de thèse et nous vous assurons de notre profond attachement et de notre admiration sincère.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPRE

Maître de Conférence agrégé de Dermatologie et de Vénérologie
Médecin des Hôpitaux

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites de juger notre thèse.

Nous tenons à vous exprimer nos respectueux remerciements.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESPAGNO

Professeur agrégé libre d'Obstétrique

Nous lui sommes reconnaissant de l'amitié et de la sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANTHALA

Chef de Clinique
Attaché de Faculté

Nous ne saurions oublier la place prépondérante qu'il a prise dans ce travail. Son expérience, ses conseils et sa gentillesse nous ont été d'un secours inestimable.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de toute notre amitié.

TRAITEMENT DES ULCERES CHRONIQUES DE JAMBE.

Le traitement des ulcères chroniques de jambe est souvent difficile. En effet, si dans bien des cas le pronostic de ces lésions est excellent et le traitement simple, il est parfois impossible d'obtenir une cicatrisation, ce qui explique les nombreuses thérapeutiques tant médicales que chirurgicales proposées aux médecins.

Parmi tous ces traitements les topiques cicatrisants gardent une place prépondérante par leur facilité d'utilisation en pratique quotidienne.

Récemment nous avons eu l'occasion d'étudier l'action de la poudre P 47 dans le traitement d'ulcères rebelles. Cette préparation nous a donné des résultats satisfaisants que nous nous proposons de rapporter.

Dans notre étude nous envisagerons :

— tout d'abord l'étude des ulcères de jambe en général en insistant sur certains points particuliers.

— Nous étudierons ensuite la poudre P 47 et son action dans les ulcères de jambe.

I. LES ULCERES DE JAMBE.

En pratique courante, on a l'habitude de grouper sous la rubrique « ulcères de jambe » toute perte de substance dermo-épidermique siégeant au niveau des jambes, d'évolution chronique et en rapport avec un état pathologique antérieur, le plus souvent de nature vasculaire.

Cette définition exclut :

— toutes les ulcérations superficielles d'origine traumatique ou infectieuse survenant sur un membre sain, ces lésions étant d'évolution aiguë ou subaiguë ;

— toutes les ulcérations secondaires à l'évacuation d'une collection suppurée profonde évoluant sur un mode chronique. Cette collection pouvant être d'origine infectieuse (comme dans les gommes tuberculeuses ou syphilitiques) d'origine mycosique (comme on peut le voir dans certaines sporotrichoses) ou d'origine allergique (comme on peut le voir dans certaines vascularités nodulaires telles que l'érythème induré de Bazin dans la forme d'Hutchinson) ;

— toutes les ulcérations résultant de la fonte d'un processus néoplasique tel qu'on peut le voir principalement dans les réticulopathies malignes (mycosis fongoïde, réticulo-sarcome cutané).

Sans revenir sur une étude clinique précise des ulcères de jambe, nous nous proposons d'envisager certains points particuliers.

1. Sur le plan étiologique et symptomatique.

La majorité des ulcères de jambe sont d'origine vasculaire et schématiquement on peut distinguer 4 grandes causes à ces lésions :

a) *Ulcères d'origine variqueuse.*

Sous cette rubrique nous distinguons essentiellement les ulcères secondaires à des varices essentielles anciennes ; parfois, on note la survenue d'ulcères chez des malades qui ont subi une exérèse chirurgicale des varices, mais dans ces cas, c'est le plus souvent que la cure a été incomplète; souvent on note des ulcères chez des malades dont les varices ont été traitées par injections sclérosantes. La fréquence de ces ulcères variqueux est diversement appréciée par les auteurs. Dans notre étude il s'agit du plus grand nombre de cas. Ces ulcères se retrouvent fréquemment chez les femmes. Ces ulcères siègent le plus souvent sur la partie interne du tiers moyen de la jambe, parfois, sur la partie antéro-interne ou postéro-interne. Nous avons noté que ces ulcères siègent plus fréquemment au niveau de la jambe gauche. Souvent, les malades évoquent comme point de départ de la lésion ulcéreuse un traumatisme, mais il s'agit toujours d'un traumatisme discret qui ne peut être considéré que comme facteur favorisant. L'aspect de ces ulcères est extrêmement variable tant par leur taille, leur forme (les bords de ces ulcères sont toujours très irréguliers), que leur fond (le plus souvent le fond de ces ulcères est recouvert de pseudo-membranes jaunâtres adhérentes, parfois ce fond est suintant, purulent).

b) *Les ulcères post-phlébitiques.*

Ce sont des ulcères qui surviennent sur un membre ayant présenté une thrombo-phlébite plusieurs années auparavant. Ce type d'ulcère se retrouve surtout chez la femme jeune. L'aspect clinique de ces ulcères se rapproche beaucoup des ulcères variqueux ; en effet, ils siègent le plus souvent au niveau de la partie interne ou antéro-interne du tiers inférieur de la jambe ou au niveau de la région sus-malléolaire interne (il est bien évident que cet ulcère siège toujours au niveau du membre inférieur de la thrombo-phlébite).

Il est généralement facile de faire le diagnostic entre ulcère variqueux et post-phlébitique car le plus souvent la notion de thrombo-phlébite antérieure est évidente, mais parfois cette phlébite peut être ignorée du malade, en particulier lorsqu'elle est survenue après une intervention chirurgicale ou sous un plâtre. Dans ces cas-là, on peut le plus souvent retrouver l'origine post-phlébitique de l'ulcère en comparant les deux membres inférieurs ; en effet, le membre atteint par la thrombo-phlébite est le plus souvent le siège d'un œdème diffus, dur, et présente quelques varices superficielles par rapport au membre sain, à moins que le malade ait présenté une thrombo-phlébite bilatérale ; dans ces cas-là ce sera l'étude des antécédents familiaux et personnels du malade qui permettra le plus souvent de trancher.

c) *Ulcères artériolaires.*

Ces ulcères sont dus essentiellement à des lésions de thrombose des artérioles terminales. Ces artériolites pouvant être isolées ou associées à un tableau de panvascularite plus diffuse (artérite des membres inférieurs, coronarite, etc...). Dans le cas d'artériolite isolée, il s'agit le plus souvent de lésions diabétiques ou parfois d'origine rickettsienne. Un cas particulier est représenté par l'ulcère des hypertendus décrit par Martorell en 1945 ; souvent aussi, ces ulcères artériolaires se retrouvent chez des malades obèses.

La nature même du facteur déclenchant explique l'aspect clinique caractéristique de ces lésions. Il s'agit d'ulcères à contours arrondis ou polycycliques, à bords nets, taillés à pic à fond nécrotique. Ces ulcères siègent le plus souvent sur la partie externe ou postérieure du tiers moyen ou du tiers inférieur de la jambe ; nous avons noté une plus grande fréquence de ces lésions au niveau d'un membre par rapport à l'autre.

Enfin, il convient de signaler que fréquemment des ulcères variqueux anciens ayant récidivé plusieurs fois « s'artériolisent ».

d) *Ulcères trophiques.*

Sous cette rubrique nous groupons l'ensemble des ulcères pour lesquels aucun facteur vasculaire n'est retrouvé, et qui apparaissent plus souvent comme secondaires à des traumatismes de jambe importants, anciens, remontant à plusieurs années (écrasement de jambe, fracture de jambe ouverte, etc...).

2. Eléments communs à tous les ulcères de jambe

Tous ces ulcères de jambe ont plusieurs facteurs communs :

a) *La surinfection.*

Tous les ulcères de jambe non ou mal traités se surinfectent. Ceci est dû à la destruction au niveau de l'ulcère des différents facteurs auto-désinfectants de la peau (couche cornée, sébum superficiel). Cette surinfection est extrêmement variable. Le plus souvent, elle est due à des germes banaux de faible pouvoir pathogène (bacille coliforme, protéus) mais parfois, on peut retrouver une surinfection importante par du staphylocoque doré ou par des germes de thérapeutique difficile tels que le bacille pyocyanique.

b) *Les complications.*

Les complications des ulcères de jambe sont très variables, elles sont de fréquence et de gravité différentes.

C'est le plus souvent les ulcères variqueux ou post-phlébitiques qui se compliquent. On peut distinguer :

— *les dermites.* Il s'agit d'une inflammation aiguë siégeant tout autour de l'ulcère, en rapport, semble-t-il, avec l'infection de la lésion.

— *l'eczéma.* Il est fréquent de retrouver tout autour des ulcères de jambe des lésions d'eczéma : parfois, il s'agit d'eczéma aigu vésiculeux ; le plus souvent, il s'agit d'un ec-

zéma d'évolution subaiguë réalisant la dermo-épidermite érythématosquameuse de Gougerot, pouvant même dans certains cas prendre un aspect psoriasique. Cet eczéma apparaît le plus souvent comme un eczéma de contact, dû, soit aux sérosités en provenance de l'ulcère, soit aux différents topiques qui ont été utilisés dans le traitement de ces ulcères. Ces lésions eczémateuses s'accompagnent fréquemment de lésions secondaires, à distance, pouvant siéger à un point quelconque de l'organisme, mais siégeant volontiers au niveau du décolleté, du visage et des membres supérieurs.

— *les lésions profondes du derme et de l'hypoderme* se retrouvent surtout dans les ulcères anciens négligés par le malade, réalisant des hypodermites d'évolution subaiguë.

— Une complication, rare de nos jours, est représentée par la *pyodermite variqueuse végétante* qui semble en rapport avec une infection larvée.

— Parmi les complications, il convient encore de ranger les possibles *hémorragies*. Il peut s'agir soit d'hémorragies peu importantes en surface, que l'on voit surtout dans le cadre des ulcères d'origine artéritique, soit d'hémorragies abondantes dues à la rupture d'une veine, que l'on voit surtout dans les ulcères variqueux.

L'hémorragie résultant d'un saignement d'un bourgeon charnu est toujours une hémorragie anodine, d'excellent pronostic, car elle traduit la bonne vascularisation de l'ulcère, et ce saignement favorisera la cicatrisation.

— Une autre complication doit être signalée, c'est la *dégénérescence néoplasique* possible. Elle est exceptionnelle et, pour notre part, nous ne l'avons jamais retrouvée.

3. Cicatrisation des ulcères.

La cicatrisation d'un ulcère doit viser à réparer la perte de substance cutanée. Or, cette perte de substance porte sur deux tissus de type histologique différent :

— d'une part le derme, essentiellement représenté par un tissu conjonctif bien différencié ;

— d'autre part l'épiderme, qui est un tissu épithélial pluristratifié, malpighien, corné.

Ces deux tissus sont de nature et d'origine totalement différentes. Aussi lors de toute cicatrisation par deuxième intention, les processus qui donnent naissance à ces deux tissus ne sont pas identiques; mais ces deux processus sont obligatoirement contemporains et complémentaires : la cicatrisation conjonctive est indispensable pour qu'il puisse y avoir recouvrement épithélial, la cicatrisation épithéliale protège et induit la cicatrisation conjonctive.

Le tissu conjonctif qui va remplacer le derme manquant proviendra toujours d'une prolifération des éléments conjonctifs de la profondeur (derme profond et hypoderme). Par contre, le tissu épithélial de recouvrement proviendra principalement d'un glissement de l'épiderme à partir des bords de l'ulcère. Cette migration des cellules épithéliales se ferait sous l'influence des mélanocytes. Souvent on note, au cours de la cicatrisation d'un ulcère, l'apparition au centre de l'ulcère d'îlots de tissu épithélial ; l'origine de ces pastilles épithéliales a longtemps été attribuée à une « auto-greffe spontanée », c'est-à-dire au déplacement de particules de tissu épithélial venant des bords de la plaie, ceci à l'occasion des pansements, et des petits traumatismes qu'ils engendrent ; quant à nous, il nous semble que ces îlots épithéliaux sont plutôt dus à la prolifération de la partie profonde des follicules pileux qui n'auraient pas été totalement détruits lors de la formation de l'ulcère.

Pour que toute cicatrisation par deuxième intention puisse se produire, il est indispensable qu'il y ait une prolifération harmonieuse de ces différents éléments ; en particulier il est nécessaire que le tissu de granulation conjonctive soit un tissu normal, non œdémateux, ni hypertrophique, ni, au contraire, atrophique, ce qui stopperait l'épidermisation de recouvrement.

Cette cicatrisation par deuxième intention, si elle aboutit à un recouvrement de la plaie ulcéreuse, ne reconstitue en aucune façon un tégument comparable à la peau normale. Il s'agit d'un tissu cicatriciel ; le derme est remplacé par un tissu conjonctif banal, non différencié, ce derme ne renfermant plus dans sa profondeur les différents dérivés épidermiques habituels, comme les glandes sudoripares ou les appareils pilo-sébacés.Ce tissu cicatriciel se différencie d'autant plus de la peau normale qu'il s'agit de récidives d'ulcères au même niveau, si bien qu'on aboutit progressivement à la formation d'un tissu sclérodermiforme ou scléroatrophique réalisant l'atrophie blanche de Milian.

L'apparition progressive de ce tissu scléreux si particulier au cours des récidives successives, présente un intérêt important. En effet, progressivement, cette gangue scléreuse englobe les canaux lymphatiques superficiels ainsi que les veinules superficielles, aggravant les facteurs étiologiques des ulcères. Cette évolution conduit à préconiser dans certains cas extrêmes, l'excision de tout ce tissu scléreux en restant au-dessus de la peau nécrosée superficielle (Pr LAGROT).

4. **Aperçu du traitement des ulcères.**

Dans le traitement normal de tout ulcère, il convient d'envisager deux points de vue :

— d'une part, le traitement symptomatique,

— d'autre part, le traitement étiologique.

Nous n'insisterons pas sur le traitement étiologique de chaque ulcère qui procède, suivant chaque malade, de thérapeutiques particulières : médicamenteuses, le plus souvent, parfois chirurgicales, le traitement étiologique étant malgré tout indispensable. Le traitement symptomatique est par contre commun à tous les ulcères. Dans tous les cas, il conviendra au début de lutter contre la surinfection de l'ulcère, ceci par des antibiotiques ou par des antiseptiques locaux associés ou non à une antibiose par voie générale. Les anti-

biotiques par voie générale restent peu efficaces car ils pénètrent mal le foyer ulcéreux. Il convient aussi, au début du traitement de tout ulcère, de décaper la lésion, c'est-à-dire de détruire tous les éléments nécrotiques ou fibrineux; ce nettoyage de l'ulcère se faisant le plus souvent grâce à l'utilisation de ferments protéolytiques. Dans la grande majorité des cas, grâce à un traitement local bien adapté quotidien, le nettoyage de l'ulcère se fait rapidement en quelques jours ; c'est alors que l'on utilisera les thérapeutiques cicatrisantes. Ces traitements cicatrisants sont de plusieurs types :

a) des thérapeutiques chirurgicales représentées par les greffes de peau mince (dermo-épidermiques).

On peut utiliser des auto-greffes, c'est-à-dire des greffes prélevées sur le malade lui-même suivant des techniques extrêmement variées (grands lambeaux de peau recouvrant la totalité de l'ulcère ou petites pastilles que l'on juxtapose au niveau de l'ulcère). Cette technique d'auto-greffes nous paraît critiquable car on gaspille de la peau du malade et il est souvent difficile de répéter ce genre d'intervention, ceci étant d'autant plus délicat qu'il ne faut jamais perdre de vue qu'un ulcère est volontiers récidivant. Aussi, nous préférons utiliser des homo ou des hétéro-greffes. Les homo-greffes étant prélevées sur le cadavre et conservées soit dans du sérum physiologique au réfrigérateur, soit lyophilisées ; les hétéro-greffes provenant d'animaux : pendant longtemps on a utilisé de la peau de porc, actuellement on utilise de la peau d'embryon de veau lyophilisée. Ces techniques de greffes sont préférables car il est le plus souvent facile de se procurer du matériel, et cela ne peut gêner en aucune façon le malade. Mais, toutes ces techniques posent évidemment des problèmes d'immobilisation et, surtout, ces homo-greffes ne font qu'induire la cicatrisation, mais elles sont forcément rejetées et ne permettent jamais de recouvrir définitivement la lésion ulcéreuse.

b) des thérapeutiques médicales essentiellement représentées par les topiques cicatrisants.

Ces techniques sont de maniement plus facile en pratique journalière, car le traitement peut être fait par le malade lui-même. Les cicatrisants d'utilisation locale sont extrêmement nombreux dans la pharmacopée.

— Certains présentent une action anabolisante dont le but est d'entraîner une prolifération de tissu conjonctif ; ces topiques ont un effet favorable dans le cas de plaie atone; par contre, ils sont à déconseiller sur un tissu de granulation hypertrophique dont ils accentueraient encore l'exubérance.

— D'autres cicatrisants auraient une action sur la prolifération épithéliale. Cette action est critiquable car les cellules épithéliales migrent plutôt qu'elles ne prolifèrent, et surtout l'épidermisation ne peut se faire que s'il y a un bon socle conjonctif sous-jacent. Ainsi, dans leur ensemble, les cicatrisants sont des produits qui doivent avant tout agir sur la régénération du tissu conjonctif. Les cicatrisants doivent normaliser le tissu de génération pour le rendre apte à recevoir sa couverture épithéliale.

Quel que soit leur mode d'action, ces cicatrisants permettent dans des délais extrêmement variables, la réparation de la perte de substance, mais cette cicatrisation est extrêmement variable d'un sujet à l'autre, et souvent elle devient impossible, c'est ce qui explique le grand nombre de topiques cicatrisants qui sont à l'heure actuelle utilisés.

II. TRAITEMENT DES ULCERES DE JAMBE PAR LA POUDRE P 47.

Nous avons eu l'occasion de traiter 56 ulcères de jambe par la poudre P 47. Il s'agit d'un produit original synthétisé par les Laboratoires FOURNIER. Il nous a donné, dans l'ensemble, des résultats très satisfaisants.

1. Présentation du produit.

La poudre P 47 répond à la formule chimique suivante :

— Catalase de foie de cheval	2×10^7 U. I.
— Hexachlorophène	1 g.
— Stéarate de magnésium	10 g.
— Lactose Q. S. P.	100 g.

Il s'agit d'un produit comportant :

a) Un facteur stimulant la prolifération du tissu conjonctif, ce facteur est représenté par une catalase d'origine hépatique. Il s'agit d'un produit enzymatique qui, au niveau du tissu conjonctif, permet de libérer de l'oxygène naissant par dégradation des peroxydes, mais surtout cette catalase permet à la cellule conjonctive vivante d'utiliser immédiatement cet oxygène dans son métabolisme.

Le pH optimum d'action de cet enzyme est légèrement supérieur à 7, c'est-à-dire alcalin. Cette notion est très importante car elle contre-indique évidemment l'utilisation de tout savon acide pour désinfecter ou nettoyer les plaies. Par contre ce pH est, le plus souvent, le pH spontané que l'on retrouve

au niveau de toutes les plaies et, de ce fait, il n'y a pas lieu de le modifier.

b) Un antiseptique : l'Hexachlorophène.

Il s'agit d'un antiseptique moderne actif à des dilutions très faibles, de l'ordre du 1/1 000 000 ou du 1/2 000 000 suivant les germes. Cet antiseptique est le plus souvent suffisant pour lutter contre les germes de surinfection que l'on retrouve au niveau de la plupart des ulcères; dans tous les cas il permettra de s'opposer à la surinfection d'une plaie saine ou préalablement désinfectée.

En outre l'oxygène naissant dû à l'action de la catalase possède un pouvoir désinfectant qui s'associera à l'action propre de l'antiseptique.

2. **Protocole d'étude.**

a) *Choix des malades.*

Tous les ulcères de jambe que nous avons traités par la poudre P 47 l'ont été chez des malades hospitalisés. Nous n'avons fait aucune restriction pour l'utilisation de la poudre P 47 et nous avons systématiquement mis en traitement tous les malades qui ont été hospitalisés dans le Service de Dermatologie.

C'est ainsi que nous avons traité :

— 22 ulcères variqueux, l'âge des malades s'échelonnant entre 54 et 80 ans. Dans tous les cas les malades présentaient des varices essentielles anciennes, sans antécédents de phlébite ; dans certains cas il s'agissait de varices qui avaient été opérées et qui avaient secondairement récidivé ou dont la cure chirurgicale avait été incomplète. Dans quelques rares cas, il s'agissait de varices qui avaient subi des traitements sclérosants. Mais dans la majorité des cas, il s'agissait de varices qui n'avaient jamais été traitées (à l'exception de cures de toniques veineux, par voie générale). Enfin, pour un de nos malades ayant été traité à plusieurs reprises pour des récidives d'ul-

cères variqueux, on a noté une artérialisation secondaire. Dans ce groupe de malades nous avons eu des ulcères de taille variable. il s'agissait, soit d'ulcères qui étaient à leur première poussée, soit d'ulcères ayant récidivé plusieurs fois.

— 10 ulcères post-phlébitiques. L'âge des malades oscillant entre 47 et 82 ans. L'ancienneté de leur phlébite était variable avec chaque malade mais dans tous les cas la phlébite avait précédé l'épisode actuel de plusieurs années. Dans la majorité des cas, les malades avaient présenté une phlébite unilatérale ; dans deux cas il s'agissait de malades ayant présenté des phlébites bilatérales. Mais dans tous les cas de nos malades traités il n'y avait eu qu'un seul épisode de phlébite.

Dans la plupart des cas, il s'agissait du traitement de la première poussée d'ulcère; dans un cas il s'agissait du traitement d'un malade ayant présenté plusieurs récidives d'ulcère.

— 21 ulcères artériolaires dont l'âge s'échelonnait de 57 à 90 ans. Dans ce groupe de malades, la nature de l'artériolite était diverse : diabétique pour certains, de surcharge pour la plupart.

— 2 ulcères trophiques.

b) *Mode de traitement.*

Tous nos malades ont été suivis et traités d'une façon identique. Tout d'abord, par un examen clinique, nous avons précisé :

— l'aspect de l'ulcère : siège, dimension, forme, fond, lésions péri-ulcéreuses ;

— l'étiologie de l'ulcère ;

— l'état général du malade, ce qui peut avoir une répercussion sur l'évolution de la cicatrisation ;

— ensuite, dans la plupart des cas, nous avons fait un prélèvement des sécrétions de l'ulcère pour examen bactériologique.

Nous avons ensuite mis ces malades en traitement :

1) *par voie générale* : nous avons le plus souvent donné une antibiothérapie de couverture représentée par la Doxycycline, à raison d'une capsule par jour. Dans certains cas, nous avons associé un traitement étiologique par voie générale représenté essentiellement par des vaso-dilatateurs dans le cas d'ulcères de nature artériolaire (le plus souvent nous avons utilisé de l'Isoxsuprine).

2) *le mode d'application du traitement local a été quelque peu différent suivant l'aspect initial des ulcères :*

— Dans la grande majorité des cas, nous avons d'emblée utilisé la poudre P 47 en pulvérisations quotidiennes après nettoyage de la plaie avec du sérum physiologique, nous avons ensuite pratiqué un pansement fermé avec compresses et bandes de gaze.

— Dans le cas d'ulcères à fond nécrotique ou fibrineux, nous avons fait précéder cette thérapeutique d'un décapage par des pulvérisations de Trypsine.

— Dans le cas d'ulcères très infectés à fond purulent, nous avons associé aux pulvérisations de poudre P 47 des pulvérisations de Primixine spray pendant les quelques jours nécessitant la désinfection de la lésion.

Ces quelques modalités particulières ont toujours été signalées dans le compte rendu des observations.

3. **Résultats.**

1° *Surveillance et critères d'évolution.*

Tous les malades étant hospitalisés, la surveillance et l'étude de l'action de ce produit ont été identiques pour tous. Tous les matins, les pansements de tous les malades étaient enlevés et la lésion examinée par l'infirmière. Deux à trois fois par semaine, nous avons nous-même vérifié l'évolution des lésions. Toujours, dès qu'un facteur nouveau apparaissait,

nous avons été prévenu immédiatement pour prendre les décisions qui s'imposaient.

Pour apprécier les résultats, nous nous sommes référé à la cotation suivante :

— *Très bons résultats* (+++) : Dans le cas d'ulcères ayant rapidement cicatrisé en trois semaines à un mois et pour lesquels aucun incident n'est venu troubler l'évolution régulière de la cicatrisation.

— *Résultats bons* (++) : Dans cette rubrique nous avons groupé la majorité des ulcères qui ont cicatrisé entre 2 et 4 mois, cicatrisation qui a été régulière mais longue à obtenir.

— *Effet médiocre ou léger* (+) : Dans cette rubrique nous avons groupé les malades pour lesquels la poudre P 47 a eu une action sur la cicatrisation, mais cet effet a été léger, passager, transitoire, ce qui nous a obligé de changer de thérapeutique dans tous ces cas.

— *Effet nul* (0) : Dans cette rubrique nous avons groupé les malades pour lesquels l'action de la poudre P 47 n'a eu strictement aucun effet sur la cicatrisation. Nous y avons rangé aussi les malades qui ont présenté des intolérances à la poudre ou lorsque, après désinfection initiale de l'ulcère, cette poudre a été incapable d'empêcher une surinfection ultérieure.

Il est toujours difficile de juger de l'évolution d'un ulcère et surtout de s'en référer à des critères stricts car la cicatrisation d'un ulcère dépend de chaque malade. Elle est fonction de nombreux facteurs (étiologie de l'ulcère, aspect de l'ulcère, ancienneté de l'ulcère, lésions locales associées, terrain sur lequel évolue l'ulcère, etc...) mais aussi dans des cas d'apparence comparable, l'évolution est différente, sans que l'on retrouve d'explications précises, tant sur le plan local que général. Ceci explique que les temps de cicatrisation soient variables.

OBSERVATIONS DETAILLEES

Dans le compte rendu de nos observations, nous avons chaque fois signalé :

— les traitements locaux et généraux autres que la poudre P 47 qui ont été utilisés chez certains malades;

— les prélèvements bactériologiques et leurs résultats, soit que ces prélèvements aient été faits avant tout traitement, soit que le prélèvement bactériologique ait été fait au bout de quelque temps devant l'échec de la thérapeutique sur l'infection.

M. X... : *Ulcère variqueux.*

Ce malade, ancien cuisinier, présente des varices essentielles qui n'ont jamais été traitées. Depuis 6 mois environ, il présente un ulcère de jambe de 15 cm de haut sur 10 cm de large, siégeant au niveau de la partie interne de la jambe droite. A son entrée, la lésion était suintante, un prélèvement bactériologique a permis de retrouver la présence de bacilles coliformes.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47 qui a permis un nettoyage de la lésion en 10 jours et une cicatrisation totale en 2 mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme Marie-Louise, 63 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade, commerçante, présente des varices essentielles anciennes qui n'ont jamais été traitées. Depuis un an, elle présente un ulcère de la jambe droite qui a été négligé. A son entrée dans le Service, on notait une lésion de 10 cm de haut sur 8 cm de large, à contours réguliers, à fond suintant, entourée d'une réaction eczémateuse.

Nous l'avons traitée d'emblée par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

En 15 jours, nous avons obtenu une guérison totale des lésions d'eczéma et un nettoyage de la lésion. La cicatrisation complète a été obtenue au bout de 2 mois.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M. V... Joseph, 71 ans : *Ulcère variqueux.*

Ce malade présente des varices essentielles anciennes jamais traitées. Depuis 10 ans environ, il a présenté des ulcères qui ont motivé des hospitalisations successives dans notre Service. Lors de sa dernière hospitalisation, on notait un ulcère siégeant sur la partie antérieure et interne de la jambe droite. Cette lésion avait 10 cm de diamètre environ, présentait des bords irréguliers, un fond suintant, et était entourée d'une zone sclérodermiforme consécutive aux précédentes poussées. L'état général de ce malade est très déficient, il s'agit d'un éthylique ancien avec sclérose hépatique.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

En 8 jours, nous avons obtenu un nettoyage de la lésion; par contre, la cicatrisation a été beaucoup plus longue et, au bout d'un mois de traitement, l'effet étant stationnaire, nous avons dû arrêter cette thérapeutique.

Effet : léger.

Tolérance : excellente.

M^me^ R... Noélie, 80 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour traitement d'un ulcère en rapport avec des varices essentielles anciennes évoluant depuis 3 mois. Il s'agissait d'une lésion de 8 cm de diamètre siégeant au-dessus de la malléole interne gauche.

D'emblée, elle a été traitée par des applications de poudre P 47 qui a permis la cicatrisation totale de la lésion en 2 mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme V... Marie, 71 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade présente des varices essentielles anciennes jamais traitées. Depuis 6 mois, elle présente un ulcère de 4 cm de diamètre siégeant au niveau de la malléole interne gauche.

Nous l'avons d'emblée traitée par des applications quotidiennes de poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

La cicatrisation de la lésion a été obtenue en deux mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M. P... Henri, 62 ans : *Ulcère variqueux.*

Ce malade, magasinier de son état, présente des varices essentielles anciennes qui n'ont jamais été traitées. Depuis 2 ans, il présente une lésion ulcéreuse traitée de façon irrégulière par des topiques très divers. A son entrée, on notait un ulcère de 10 cm sur 8 cm à contours irréguliers, à fond suintant, entouré d'une zone eczémateuse.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

En 8 jours, nous avons obtenu une cicatrisation totale de la lésion.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

M. R.., Basile, 57 ans : *Ulcère variqueux.*

Ce malade a été opéré, il y a 8 ans, de varices essentielles qui ont en partie récidivé. A l'heure actuelle, il présente au niveau de la malléole interne gauche un ulcère de 6 cm de diamètre évoluant depuis 6 mois et qui a été traité par des topiques divers.

A son entrée, un prélèvement bactériologique avait montré la présence de nombreux bacilles coliformes associés à quelques staphylocoques dorés.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47 qui a permis un nettoyage de la plaie en 10 jours et la cicatrisation totale de la lésion en deux mois.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme R... Jeanne, 70 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée une nouvelle fois pour le traitement d'un ulcère en rapport avec des varices essentielles anciennes. Il s'agissait, cette fois-ci d'une lésion évoluant depuis 3 mois, de 8 cm de diamètre environ, siégeant au niveau de la face antéro-interne du 1/3 inférieur de la jambe gauche. Cet ulcère évoluant sur un terrain déficient (malnutrition).

Nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47; au bout de un mois de traitement, la cicatrisation devenant stationnaire, nous avons été amené à arrêter cette thérapeutique.

Effet : léger.

Tolérance : excellente.

Mme M... Thérèse, 70 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère en rapport avec des varices essentielles anciennes. A son entrée, on notait un ulcère de 4 cm de diamètre avec un fond recouvert d'un enduit pultacé.

Nous l'avons traitée d'emblée par la poudre P 47, mais au bout de 8 jours, l'état de la lésion étant stationnaire, la suppuration persistant, nous avons pratiqué un prélèvement qui a montré la présence de staphylocoques dorés.

Nous avons, alors, dû utiliser d'autres thérapeutiques.

Effet : nul sur la surinfection.

Tolérance : parfaite.

Mme M... Marie, 66 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée une nouvelle fois dans notre Service pour le traitement d'un ulcère en rapport avec des varices essentielles anciennes qui n'ont jamais été traitées.

Cet ulcère est apparu il y a environ 3 mois et a été traité de façon irrégulière par des topiques divers. A son entrée, on notait une lésion de 10 cm de diamètre environ, siégeant sur la partie interne du 1/3 inférieur de la jambe droite. Le fond de l'ulcère était suintant, les bords étaient entourés d'un bourrelet inflammatoire, douloureux spontanément et à la palpation. Le prélèvement pratiqué a montré la présence de staphylocoques dorés associés à des bacilles coliformes.

Nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

Au bout de 15 jours de traitement, nous avons obtenu une détersion complète de l'ulcère. Les douleurs avaient totalement disparu. Nous avons poursuivi le traitement et nous avons obtenu la cicatrisation complète en 6 semaines.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

M^me^ C... Marie-Thérèse, 54 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade présente des varices essentielles anciennes opérées il y a 10 ans et qui ont récidivé. Depuis 6 mois, elle présente un ulcère au-dessus de la malléole interne gauche. Cette lésion a 6 cm de diamètre environ. Elle présente un fond suintant, et est entourée d'une zone eczémateuse. Le prélèvement pratiqué a montré la présence de nombreux bacilles coliformes.

Nous l'avons d'emblée traitée par des applications quotidiennes de poudre P 47 et de la Vibramycine par voie générale.

Nous avons obtenu une cicatrisation de l'ulcère en un mois.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

M. R... Michel, 58 ans : *Ulcère variqueux.*

Ce malade présente des varices essentielles anciennes qui n'ont jamais été traitées. Depuis 6 mois environ, il présente, à la suite d'un traumatisme léger, un ulcère de jambe qui a été traité par des topiques divers et de façon irrégulière.

A son entrée, nous avons noté un vaste ulcère de 15 cm de diamètre environ, siégeant sur la partie interne du 1/3 inférieur

de la jambe droite. Les bords de l'ulcère étaient irréguliers, entourés d'un bourrelet inflammatoire, le fond de l'ulcère était suintant.

Un prélèvement bactériologique a montré la présence de nombreux bacilles coliformes.

Nous l'avons d'emblée traité par Vibramycine par voie générale et, localement, par des pulvérisations quotidiennes de poudre P 47.

En 8 jours, nous avons obtenu un nettoyage de la lésion et la cicatrisation totale a été obtenue en 2 mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M^me^ C... Augustine, 73 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de 6 cm de diamètre siégeant à la partie interne du 1/3 inférieur de la jambe gauche, en rapport avec des varices essentielles. A son entrée, la lésion était suintante.

Nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47, associée à de la Vibramycine par voie générale.

Le nettoyage de la plaie s'est constitué en 10 jours, la cicatrisation totale a été obtenue en 6 semaines.

Effet : excellent.

Tolérance : excellente.

M. G.., André, 58 ans : *Ulcère variqueux.*

Ce malade, cuisinier de son métier, présente des varices essentielles anciennes jamais traitées. Depuis un an environ, il présente un ulcère de la jambe gauche traité de façon inconstante par des topiques très divers. A son entrée, la lésion de 12 cm de diamètre était limitée par un bord irrégulier, le fond était recouvert d'un enduit grisâtre adhérent. Le prélèvement bactériologique a permis de mettre en évidence la présence de bacilles coliformes.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

En 8 jours, la plaie s'est nettoyée et en 4 semaines nous avons obtenu une cicatrisation complète.

Effet : excellent.

Tolérance : excellente.

M. R... Basile, 57 ans : *Ulcère variqueux.*

Ce malade a été hospitalisé une nouvelle fois dans notre Service pour le traitement d'un ulcère en rapport avec des varices essentielles anciennes non traitées.

Lors de son hospitalisation, on notait une lésion ulcéreuse, de 6 cm de diamètre, siégeant au-dessus de la malléole interne de la jambe droite, associée à quelques lésions de parakératose de stase. Un prélèvement bactériologique a permis de retrouver des bacilles coliformes.

D'emblée, nous l'avons traité par l'application de poudre P 47 sur l'ulcère et sur les lésions de parakératose.

En 10 jours les lésions de parakératose ont régressé, l'ulcère a mis 2 mois pour cicatriser.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M^me^ L... Suzanne, 68 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère variqueux de 10 cm de diamètre, peu infecté au départ.

Nous l'avons donc d'emblée traitée par la poudre P 47.

Dès les premiers jours l'application de cette thérapeutique avait donné des résultats très satisfaisants, mais dès le 10^e^ jour la malade s'est plainte d'une sensation de prurit intense s'aggravant à chacune des applications ultérieures. A l'examen on a noté une importante inflammation au niveau de la lésion avec rougeur, suintement, et apparition d'un bourrelet inflammatoire tout autour. Ceci nous a conduit à arrêter cette thérapeutique, toutes les lésions ont régressé.

Tolérance : mauvaise.

M. P... Henri, 62 ans : *Ulcères variqueux.*

Ce malade présente des varices essentielles évoluant depuis l'âge de 2 ans qui n'ont jamais été traitées. Depuis 5 ans, le malade présente des ulcères à répétition. Il y a 6 mois environ, il a présenté une nouvelle lésion. A son entrée, on notait un ulcère de 10 cm de diamètre environ, à bords irréguliers, à fond suintant. Un prélèvement a montré la présence de staphylocoque doré.

Nous l'avons traité par Vibramycine par voie générale et, localement, association de poudre P 47 à la Primixine spray.

En 8 jours, les lésions étaient totalement désinfectées. Nous avons alors poursuivi le traitement par application de poudre P 47 qui a permis une guérison de l'ulcère en 4 semaines.

Effet : excellent.

Tolérance : excellente.

Mme V... Marie, 71 ans : *Ulcères variqueux.*

Cette malade présente, au niveau de la face antéro-interne du 1/3 inférieur des deux jambes, deux ulcères de 6 cm de diamètre, à contours irréguliers, entourés d'une dermite eczémateuse. Un prélèvement bactériologique a permis de retrouver du protéus.

Nous l'avons d'emblée traitée par des applications locales quotidiennes, tant au niveau des ulcères que sur les lésions eczémateuses, de poudre P 47.

En 12 jours, nous avons obtenu une régression de l'eczéma de stase. En 4 semaines, nous avons obtenu une cicatrisation des lésions.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

Mme S... Lucie, 65 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade présentait des varices essentielles anciennes qui ont été traitées, il y a environ 10 ans, par quelques injections sclérosantes, mais sans résultats valables. Actuellement, elle présente un ulcère siégeant sur la face interne du 1/3 inférieur de la jambe gauche. Cet ulcère de 10 cm de diamètre environ présente un bord irrégulier; le fond de l'ulcère est recouvert d'un enduit pultacé.

Nous l'avons traitée dans un premier temps par une antibiothérapie locale qui a permis une cicatrisation des lésions en 3 mois.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M^me^ M... Jeanne, 72 ans : *Ulcères variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée à plusieurs reprises dans notre Service pour le traitement d'ulcères récidivants de jambe. La cicatrisation de ces différentes lésions a abouti à la formation d'un important état sclérodermiforme avec pied bot variqueux.

A sa dernière hospitalisation, on notait la présence de trois ulcères au niveau de la face interne postérieure du 1/3 inférieur de la jambe gauche et un ulcère sus-malléolaire interne droit. Ces ulcères avaient en moyenne 3 cm de diamètre. Le prélèvement bactériologique a permis de retrouver des protéus.

Nous l'avons traitée par des applications locales de poudre P 47 associées à la prise de cyclines par voie générale.

En 2 mois et demi, nous avons obtenu une guérison des lésions.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M^me^ H... Marie-Jeanne, 69 ans : *Ulcère variqueux.*

Cette malade présente des varices essentielles anciennes qu'elle n'a jamais voulu faire opérer. Depuis 5 ans, elle présente au niveau de la jambe gauche une lésion ulcéreuse qui a été traitée par divers topiques et qui n'a jamais cicatrisé.

A son entrée, on notait un ulcère à bords irréguliers de 10 cm de diamètre environ, siégeant sur la partie interne du 1/3 inférieur de la jambe. Cette lésion était suintante, surinfectée. Un prélèvement bactériologique avait permis de retrouver du staphylocoque doré.

D'emblée, nous l'avons traitée par la poudre P 47. Dès les premiers jours, nous avons obtenu un assèchement de la lésion mais un nouveau prélèvement bactériologique a montré la persistance de staphylocoque doré, ce qui nous a amené à

associer à l'application de poudre P 47 des pulvérisations de Primixine spray.

Au bout de 8 jours, la plaie était désinfectée. Nous avons alors poursuivi le traitement par la seule poudre P 47 qui a permis une guérison totale en 1 mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : parfaite.

Mme R... Paule, 73 ans : *Ulcère artériolo-variqueux.*

Cette malade a été hospitalisée une nouvelle fois dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de jambe. Il s'agissait cette fois-ci d'une lésion de 10 cm de diamètre siégeant sur la face postéro-interne du 1/3 inférieur de la jambe droite, en rapport avec des varices essentielles anciennes et aggravée par un facteur artériolaire (malade obèse, hypertendue). Les bords de l'ulcère étaient à contours polycycliques, à bords nets. Le fond de l'ulcère était recouvert d'un enduit grisâtre adhérent.

Nous l'avons d'abord décapé par des ferments protéolytiques, nous l'avons ensuite traité par des applications quotidiennes de poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

La cicatrisation de la lésion a été très longue à obtenir (4 mois), ceci en rapport avec l'état général et local de la malade.

Effet : bon malgré la durée de la cicatrisation.

Tolérance : excellente.

Mme D... Marie, 68 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Cette malade a présenté une phlébite à la suite d'un accouchement à l'âge de 32 ans. Elle a été hospitalisée pour le traitement d'un ulcère de 10 cm de diamètre, à contours irréguliers, à fond suintant.

Un prélèvement bactériologique a montré la présence de streptocoque.

Nous l'avons traitée par la poudre P 47 qui a permis un nettoyage de la lésion en 10 jours et une cicatrisation complète en un mois et demi.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

M. P.., Bernard, 47 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Ce malade a présenté une phlébite de la jambe gauche à la suite d'un écrasement de jambe. Depuis 6 mois, il présente, au niveau de cette jambe, une lésion ulcéreuse de 8 cm de diamètre environ, à contours polycycliques, à fond purulent.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47 qui nous a permis une cicatrisation complète de la lésion en 4 semaines.

Effet : excellent.

Tolérance : excellente.

M. M... Emile, 70 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Ce malade a présenté, il y a 9 ans une phlébite de la jambe gauche secondaire à un phlegmon du pied. Depuis un an environ, il présente un important ulcère de 20 cm sur 15 cm siégeant au niveau de la face interne et postérieure du 1/3 inférieur de ses deux jambes.

Ce malade avait été traité sans succès par une autogreffe. Un prélèvement bactériologique a montré la présence d'acinétobacter.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

Au bout de 15 jours, nous avons obtenu un nettoyage de la lésion. Par contre, l'effet sur la cicatrisation étant très faible, nous avons dû suspendre cette thérapeutique.

Effet : médiocre.

Tolérance : excellente.

M^me^ R... Marie, 82 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Cette malade a présenté une phlébite à l'âge de 40 ans à la suite, semble-t-il, d'une affection du pied droit.

Depuis un an environ, elle présente une lésion ulcéreuse du 1/3 inférieur de cette jambe, totalement négligée. A son entrée, on notait un ulcère de 20 cm de diamètre siégeant sur la partie interne et antérieure de la jambe, à fond suintant, entouré d'une zone eczémateuse. Un prélèvement bactériologique a montré la présence de nombreux bacilles coliformes associés à des bacilles pyocyaniques.

Nous l'avons donc d'emblée traitée par des applications de Soframycine associée à de la poudre P 47 avec une couverture par la Vibramycine.

En 8 jours, les lésions étant nettoyées, nous avons continué le traitement par les seules applications de poudre P 47. Nous avons obtenu une régression complète des lésions en 4 mois.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme D... Marie, 76 ans : *Ulcères post-phlébitiques.*

Cette malade a présenté, à l'âge de 22 ans, des phlébites bilatérales à la suite d'un avortement. Depuis 6 mois, elle présente des ulcères au niveau des deux jambes. A son entrée, on notait :

— à droite, un important ulcère, de 20 cm de diamètre environ, intéressant la quasi-totalité de la face interne postérieure de la jambe;

— à gauche, un ulcère de 8 cm de haut sur 6 cm de large au niveau de la face interne du 1/3 inférieur.

Ces ulcères étaient suintants et entourés d'une réaction eczémateuse. Un prélèvement bactériologique a permis de retrouver la présence de nombreux staphylocoques dorés associés à du protéus.

Nous les avons d'emblée traités par des applications de poudre P 47 associée à de la Primixine spray. Nous y avons associé de la Vibramycine par voie générale.

Rapidement, en 15 jours, les ulcères étaient nettoyés. Nous avons poursuivi la thérapeutique par les seules applications de poudre P 47 qui ont permis d'obtenir une cicatrisation totale des lésions en 4 mois.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme A... Marguerite, 75 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Cette malade a présenté une phlébite de la jambe droite à l'âge de 40 ans, à la suite d'un accident de la circulation. Depuis 6 mois environ, est apparu au niveau de ses deux jambes un ulcère siégeant sur la partie interne du 1/3 infé-

rieur. Cette lésion de 8 cm sur 6 cm présente des bords irréguliers, surélevés par un bourrelet inflammatoire douloureux.

Un prélèvement bactériologique pratiqué a montré la présence de protéus.

Nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

En 8 jours, nous avons obtenu un nettoyage de la lésion ; la cicatrisation a été obtenue en deux mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme B... Marie-Jeanne, 58 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Cette malade avait présenté une phlébite de la jambe droite à l'âge de 23 ans au décours d'un accouchement. Depuis un an environ, un ulcère est apparu au niveau du 1/3 inférieur de cette jambe, qui a été traité par des autogreffes dans le Service de Chirurgie; ces greffes n'ayant pas pris, la malade nous a été adressée.

A son entrée, on notait une lésion de 8 cm de haut sur 4 de large, propre.

Nous l'avons d'emblée traitée par des applications de poudre P 47 associée à une couverture antibiotique par la Vibramycine.

Nous avons obtenu une cicatrisation totale de l'ulcère en 2 mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M. E... Yves, 63 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Ce malade a présenté il y a 12 ans une phlébite de la jambe droite au décours d'une opération pour arthrose de la hanche. Depuis 3 mois environ, ce malade présente un ulcère siégeant sur la face interne du 1/3 inférieur de la jambe droite.

A son entrée, cet ulcère avait 8 cm de diamètre, le fond était suintant. Le prélèvement bactériologique a montré la présence de nombreux bacilles coliformes.

Nous l'avons d'emblée traité par l'application de poudre P 47 associée à de la Vibramycine, ce qui a permis une cicatrisation totale de l'ulcère en 8 semaines.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme G... Paule, 66 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Cette malade a présenté une phlébite de la jambe droite à l'âge de 32 ans à la suite d'un accouchement. Actuellement, elle présente un ulcère siégeant au niveau de la face interne du 1/3 inférieur de la jambe droite, de 10 cm de diamètre environ, évoluant depuis 6 mois et traité par des topiques divers.

Nous l'avons d'emblée traitée par l'association de poudre P 47 et de Primixine spray pendant 8 jours et, ensuite, nous avons poursuivi par la seule utilisation de poudre P 47.

Au bout de 6 semaines, nous avons obtenu une guérison de 30 % de cette ulcération, mais l'effet devenant stationnaire, nous avons dû utiliser d'autres thérapeutiques.

Effet : léger.

Tolérance : excellente.

M. D... Antoine, 46 ans : *Ulcère post-phlébitique.*

Ce malade a présenté en 1945 une phlébite de la jambe gauche survenue au décours d'une intervention de fistule anale.

Actuellement, il présente un ulcère de 10 cm de diamètre siégeant sur la partie interne du 1/3 inférieur de la jambe. Un prélèvement bactériologique a montré la présence de bacilles pyocyaniques.

Nous l'avons donc traité d'emblée par des applications locales de poudre P 47, de Soframycine associée à la prise de Vibramycine par voie générale.

Au bout de 10 jours, la lésion était désinfectée. Nous avons donc continué par des applications de poudre P 47.

Quinze jours plus tard, la cicatrisation était peu importante. Nous avons donc été amené à arrêter cette thérapeutique et à pratiquer des homogreffes.

Effet : médiocre (à noter cependant qu'il s'agissait d'une lésion rebelle à toute thérapeutique).

Tolérance : excellente.

Mme C... Suzanne, 64 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de 6 cm de diamètre à contours polycycliques, à fond nécrotique.

Après un décapage de 3 jours, par des ferments protéolytiques, nous l'avons traitée par des applications de poudre P 47 qui a obtenu une cicatrisation totale des lésions en un mois.

Effet : excellent.

Tolérance : excellente.

M. L... Henri, 57 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade, diabétique, a été hospitalisé dans le Service pour le traitement d'un ulcère de 8 cm de diamètre, à contours polycycliques, à fond nécrotique, siégeant au niveau de la partie antéro-externe du 1/3 moyen de la jambe droite.

Après un décapage de 3 jours par différents protéolytiques, nous l'avons traité par des applications quotidiennes de poudre P 47 qui nous a permis une cicatrisation complète de la lésion en 4 semaines.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

M. T... Félix, 75 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade, artéritique, a été hospitalisé pour le traitement d'un ulcère de 8 cm de diamètre, à contours polycycliques, siégeant sur la face externe et antérieure du 1/3 inférieur de la jambe gauche.

Nous l'avons d'emblée traité par des applications de poudre P 47.

Cette thérapeutique n'ayant donné que peu de résultat au bout de 3 semaines, nous avons été obligé de la remplacer par une autre thérapeutique.

Effet : médiocre.

Tolérance : excellente.

Mme M... Marie, 70 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade a été hospitalisée une nouvelle fois pour le traitement d'un ulcère de nature artériolaire. Il s'agissait, cette fois, d'une lésion de 6 cm de diamètre, à contours polycycliques, siégeant sur la partie antérieure du 1/3 moyen de la jambe.

Après un décapage de 3 jours par des ferments protéolytiques, nous l'avons traitée par des applications quotidiennes de poudre P 47 qui nous a permis une cicatrisation totale en 3 mois.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme C... Germaine, 74 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade, hypertendue et athéroscléreuse, a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère à contours polycycliques de 8 cm sur 6 cm, siégeant au niveau de la partie externe de la jambe droite, à fond nécrotique et purulent.

Nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

Le décapage de la lésion a été obtenu rapidement en 8 jours. La cicatrisation totale a été obtenue au bout de 2 mois et demi.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme F... Cécile, 90 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade a été hospitalisée pour le traitement d'un ulcère de 8 cm de diamètre à contours polycycliques, siégeant sur la face antérieure du 1/3 moyen de la jambe gauche. Cet

ulcère évoluait depuis 6 mois et avait été traité par des thérapeutiques multiples.

Nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47 mais au bout de 15 jours l'effet de ce traitement étant insignifiant, nous avons été amené à l'arrêter. Les autres thérapeutiques qui ont été utilisées par la suite, ont aussi donné des résultats décevants.

Effet : médiocre.

Tolérance : excellente.

Mme R... Francine, 63 ans : *Ulcères artériolaires.*

Cette malade, diabétique, a été hospitalisée pour le traitement de deux ulcères siégeant au niveau de la jambe droite. Il s'agissait de deux lésions à contours polycycliques, siégeant sur la face externe et la face postérieure de cette jambe, l'une avait 6 cm de diamètre, l'autre 4 cm de diamètre.

Après un décapage des lésions par différents protéolytiques, nous l'avons traitée par des applications quotidiennes de poudre P 47 qui nous a permis une cicatrisation complète des lésions en 6 semaines.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme B... Noëlie, 62 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade, obèse et hypertendue, a été hospitalisée pour le traitement de volumineux ulcères de 15 cm de diamètre, à contours polycycliques, à bords nets, à fond nécrotique et purulent.

Après un décapage par des ferments protéolytiques et une désinfection locale par de la pommade Tifomycine, nous avons utilisé la poudre P 47.

Au bout de 15 jours la cicatrisation étant faible, nous avons été amené à utiliser d'autres thérapeutiques qui se sont, elles aussi, avérées décevantes.

Effet : médiocre.

Tolérance : excellente.

M. B... André, 77 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade, athéroscléreux, a été hospitalisé dans notre Service pour le traitement d'une lésion ulcéreuse de 6 cm de diamètre à contours polycycliques, siégeant sur la face antéro-externe de la jambe gauche.

Après un décapage de la lésion pendant 3 jours par des ferments protéolytiques, nous l'avons traité par des applications quotidiennes de poudre P 47.

En deux mois, nous avons obtenu une cicatrisation totale de la lésion.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

Mme C... Jeanne, 58 ans : *Ulcères artériolaires.*

Cette malade, diabétique insulino-dépendante, a été hospitalisée pour le traitement de deux lésions ulcéreuses. Il s'agissait :

— à droite, d'un ulcère de 6 cm de diamètre,

— à gauche, d'un ulcère de 4 cm de diamètre.

Ces deux lésions étaient polycycliques, à fond nécrotique.

Après un décapage de deux jours par des enzymes protéolytiques, nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47 et nous avons obtenu une guérison totale des lésions en 6 semaines.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M. D... Maurice, 75 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade a été traité par des applications de poudre P 47 pour un ulcère artériolaire siégeant sur la face externe de la jambe droite. Au bout de 8 jours de traitement, on a noté l'apparition d'un prurit intense avec réaction inflammatoire au niveau de la lésion.

Tolérance : mauvaise.

Mme L... Angeline, 73 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade, hypertendue, athéroscléreuse, a été hospitalisée pour le traitement d'un ulcère de 6 cm de diamètre sié-

geant sur la face externe de la jambe droite. A son entrée, il s'agissait d'une lésion à contours polycycliques, à fond nécrotique.

Après un décapage pendant 3 jours par des ferments protéolytiques, nous l'avons traitée par des applications de poudre P 47.

En 6 semaines, nous avons obtenu une cicatrisation totale.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

M. S... Antoine, 84 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade, obèse, hypertendu, artéritique, a été hospitalisé une nouvelle fois dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de 10 cm de diamètre, siégeant sur la face postéro-externe de la jambe droite.

Après un décapage pendant 3 jours par les ferments protéolytiques, nous avons traité cette lésion par des applications régulières de poudre P 47 associée à de la Vibramycine par voie générale.

Au bout de 15 jours, nous avons pu obtenir un début de cicatrisation, mais par la suite, la cicatrisation restant stationnaire, nous avons été amené à suspendre ce traitement. Il convient de noter que chez ce malade les autres thérapeutiques utilisées n'ont eu que peu d'effet.

Effet : léger.

Tolérance : excellente.

M. P... Jean, 68 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade a été hospitalisé pour le traitement d'un ulcère de 8 cm de diamètre à contours polycycliques, à fond nécrotique, siégeant sur la face postérieure de la jambe droite. Ce malade, éthylique ancien, présentait des lésions d'artérite des membres inférieurs.

Après un décapage pendant 3 jours par différents protéolytiques, nous l'avons traité par des applications régulières de poudre P 47.

Au bout de 15 jours, la cicatrisation étant très faible, nous avons dû abandonner cette thérapeutique pour pratiquer des homogreffes.

Effet : léger.

Tolérance : excellente.

M. T... Alfred, 58 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade, obèse, hypertendu, a été hospitalisé dans notre Service pour le traitement d'un ulcère siégeant sur une face antéro-externe du 1/3 moyen de la jambe droite. A son entrée, la lésion avait 8 cm de diamètre environ, elle présentait des contours polycycliques et un fond nécrotique.

Nous l'avons d'abord décapée pendant 4 jours par des enzymes protéolytiques (Trypsine) et, par la suite, nous l'avons traitée par des applications de poudre P 47.

Au bout de 8 semaines, nous avons obtenu une cicatrisation totale.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M^me^ M... Léontine, 74 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère, de 4 cm sur 6 cm à bords polycycliques et à fond nécrotique, siégeant sur la face externe de la jambe gauche en rapport avec une artériolite.

Nous l'avons traitée les 3 premiers jours par des enzymes protéolytiques associées à de la Vibramycine par voie générale.

Par la suite, nous avons utilisé la poudre P 47 qui a permis une reprise du bourgeonnement et un début d'épidermisation dès les premiers jours, la cicatrisation totale de la lésion étant obtenue au bout de 6 semaines.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M^me^ B... Marie, 68 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade, diabétique (diabète évoluant depuis 20 ans et insulino-dépendant), a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de 4 cm de diamètre, rond, à bords taillés à pic, à fond nécrotique.

Un prélèvement bactériologique a montré l'association de staphylocoque doré et de protéus.

Nous l'avons d'abord traité par Vibramycine par voie générale et, localement, enzymes protéolytiques associés à la Primixine spray.

Au bout de 8 jours, la plaie étant propre, nous l'avons traitée par des applications de poudre P 47.

Au bout de 15 jours, la cicatrisation était peu nette, peu importante. Nous avons donc été amené à pratiquer des homogreffes.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

M. L... Georges, 58 ans : *Ulcères artériolaires.*

Ce malade présente une importante artérite des membres inférieurs qui a nécessité plusieurs interventions chirurgicales (sympathectomie lombaire bilatérale, greffe artérielle). Par ailleurs, il présente des ulcères au niveau du 1/3 inférieur des deux jambes, rebelles à toute thérapeutique.

Nous l'avons traité par la poudre P 47 pendant 15 jours ; l'effet étant peu marqué, nous avons dû utiliser d'autres thérapeutiques (homogreffes). Il convient de noter que chez ce malade, toutes les thérapeutiques sont peu efficaces.

Effet : léger.

Tolérance : excellente.

M. D., Louis, 67 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade, artéritique, diabétique, a été hospitalisé pour le traitement d'un ulcère de 6 cm de diamètre à contours polycycliques, à bords nets, taillés à pic, à fond nécrotique, siégeant au niveau de la partie postéro-externe de la jambe gauche. Cette lésion évoluait depuis 6 mois environ et avait été traitée à titre ambulatoire par des topiques divers.

Nous l'avons d'emblée traité par la poudre P 47.

Au bout de 15 jours, nous avons obtenu un début de cicatrisation, mais par la suite, étant restée stationnaire, nous avons été obligé d'arrêter cette thérapeutique.

Effet : léger.

Tolérance : excellente.

M. S... Jean, 6, ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade a été hospitalisé dans notre Service pour le traitement d'un ulcère artériolaire siégeant sur la face externe de la jambe droite.

Nous l'avons traité d'emblée par l'application de poudre P 47.

Au bout de 8 jours, alors que l'effet de la poudre semblait satisfaisant, le malade s'est plaint de douleurs lancinantes au niveau de l'ulcère. Ces douleurs ont cédé à l'arrêt de l'utilisation de la poudre P 47.

L'examen ne nous a pas permis de retrouver de signes cliniques d'intolérance à ce produit. Il convient de noter que ce malade était hospitalisé à côté d'un autre malade qui s'était plaint aussi de douleurs à l'application de cette poudre.

Tolérance : mauvaise.

M. D... Albert, 62 ans : *Ulcère artériolaire.*

Ce malade, polyscléreux, présentant une artérite des membres inférieurs, un infarctus du myocarde remontant à 6 mois, a été hospitalisé dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de jambe, de 6 cm de diamètre, à contours polycycliques, siégeant sur la face externe de la jambe droite.

Le fond de la lésion était nécrotique. Nous l'avons, dans un premier temps, décapé par des enzymes protéolytiques (Trypsine). Au bout de 8 jours, nous l'avons traité par des applications de poudre P 47.

Au bout de 3-4 jours, le malade s'est plaint de douleurs lancinantes au niveau de l'ulcère, qu'il mettait sur le compte de la poudre P 47, et nous avons été obligé d'arrêter. Nous n'avons noté aucune manifestation objective d'intolérance à ce produit. Il convient de signaler que ce malade est un grand cénestopathe, mécontent d'être « l'objet d'une expérimentation ».

Effet : nul.

Tolérance : mauvaise.

M^me^ T... Simone, 88 ans : *Ulcère artériolaire.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de 6 cm de diamètre à contours poly-

cycliques, siégeant sur la partie postéro-externe du 1/3 moyen de la jambe droite. Cet ulcère présentait un fond nécrotique. La malade présentait une artérite des membres inférieurs et une tension artérielle à 22/11.

Dans un premier temps, nous avons décapé cette lésion par des enzymes protéolytiques et, par la suite, nous l'avons traitée par des applications quotidiennes de poudre P 47.

Nous avons obtenu une cicatrisation totale de la lésion en 4 semaines.

Effet : excellent.

Tolérance : excellente.

M. R.., Louis, 64 ans : *Ulcère trophique.*

Ce malade a présenté il y a environ 10 ans un traumatisme de la jambe droite avec fracture comminutive des deux os et plaie ouverte. Il y a 6 mois environ est apparue au niveau de la cicatrice ancienne, à la suite d'un traumatisme léger, une plaie qui a été traitée par diverses thérapeutiques sans résultats.

A son entrée dans le Service, on notait une plaie à bords irréguliers, de 4 cm sur 6 cm, à fond suintant. Un prélèvement pratiqué a alors montré la présence de nombreux protéus.

Nous l'avons d'emblée traité par Vibramycine et poudre P 47.

En 15 jours, nous avons obtenu une cicatrisation totale.

Effet : excellent.

Tolérance : parfaite.

M^me^ M... Thérèse, 66 ans : *Ulcère trophique.*

Cette malade a été hospitalisée dans notre Service pour le traitement d'un ulcère de 10 cm de diamètre environ siégeant au niveau de la face antérieure du 1/3 moyen de la jambe droite, en rapport avec un écrasement de jambe survenu 15 ans auparavant.

Nous l'avons d'emblée traitée par la poudre P 47 qui a permis de faire régresser rapidement les lésions au bout de 15 jours; guérison totale de l'ulcère en 3 semaines.

Effet : bon.

Tolérance : excellente.

TABLEAUX RECAPITULATIFS

N° observ.	TYPE d'ulcère	AGE	SEXE	ANCIENNETÉ des lésions	FRÉQUENCE récidives	DIMENSIONS	DURÉE du traitement	EFFET	COMMENTAIRES
1	V	70	M	6 mois	1re poussée	15 × 10	2 mois et ½	++	
2	V	63	F	1 an	«	10 × 8	2 mois	++	
3	V	71	M	3 mois	fréquentes	10 × 10		léger	Déficience de l'état général. Ethylisme chronique.
4	V	80	F	3 mois	1re poussée	8 × 8	2 mois et ½	++	
5	V	71	F	6 mois	«	4 × 4	«	++	
6	V	62	M	2 ans	«	10 × 8	1 mois	+++	
7	V	57	M	6 mois	«	6 × 6	2 mois	++	Varices opérées et ayant récidivé.
8	V	70	F	3 mois	fréquentes	8 × 8		léger	Terrain général déficient.
9	V	70	F		1re poussée	4 × 4		nul	Effet nul sur l'infection.
10	V	66	F	3 mois	fréquentes	10 × 10	1 mois et ½	+++	Effet excellent sur les douleurs et l'inflammation.

12	V	58	M	«	«	15 × 6	2 mois ½	++	
13	V	73	F	6 mois	«	6 × 6	6 semaines	+++	
14	V	58	M	1 an	«	12 cm	1 mois	+++	
15	V	57	M	2 mois	fréquentes	6 cm	2 mois	++	
16	V	68	F	6 mois	1re poussée	10 cm		nul	Tolérance mauvaise.
17	V	62	M	5 ans	«	10 cm	1 mois	+++	
18	V	71	F		«	6 × 6	«	+++	
19	V	65	F		«	10 cm	3 mois	++	
20	V	72	F	3 mois	fréquentes	3 ulcères de 3 cm	2 mois et ½	++	
21	V	69	F	5 ans	1re poussée	10 cm	1 mois et ½	++	
22	V + A	73	F	6 mois	fréquentes	10 cm	4 mois	++	
23	PP	68	F		1re poussée	10 cm	1 mois et ½	+++	
24	PP	47	M	6 mois	«	8 cm	1 mois	+++	
25	PP	82	F	1 an	«	20 cm	4 mois	++	
26	PP	70	M	1 an	«	20 × 15		méd.	Ulcère négligé. Terrain déficitaire, athéroscléreux.
27	PP	76	F	6 mois	«	2 ulcères 20 cm 8 × 6	4 mois	++	

28	PP	75	F	6 mois	«	8 × 6	2 mois et ½	++	
29	PP	58	F	1 an	«	8 × 4	«	++	
30	PP	63	M	3 mois	1re poussée	8	2 mois	++	
31	PP	66	F	6 mois	fréquentes	10		léger	Etat vasculaire mauvais.
32	PP	46	M		1re poussée	10		méd.	Lésions rebelles à toute thérapeutique.
33	A	64	F		«	6 cm	1 mois	+++	
34	A	57	M		«	4 cm	«	+++	
35	A	75	M		«	8 cm		méd.	Mauvais état général.
36	A	70	F	3 mois	fréquentes	6 cm	3 mois	++	
37	A	74	F		1re poussée	8 × 6	2 mois et ½	++	
38	A	90	F	6 mois	fréquentes	8		méd.	Rebelle à tout traitement.
39	A	63	F		1re poussée	2 ulcères 4 et 6	1 mois et ½	++	
40	A	62	F		«	15 cm		méd.	Ulcère de grande taille évoluant sur terrain déficient.
41	A	77	M	8 mois	«	6 cm	2 mois	++	
42	A	58	F	6 mois	«	2 ulcères	1 mois et ½	++	

44	A	73	F	1 an	1re poussée	6 cm	1 mois et ½	+++	
45	A	84	F	3 mois	fréquentes	10 cm		+	Etat local et général mauvais.
46	A	68	M	1 an et demi	1re poussée	8 cm		+	Etat général déficient.
47	A	58	M	3 mois	«	8 cm	2 mois	++	
48	A	74	F	6 mois	«	4 × 6	1 mois et ½	++	
49	A	68	F		«	4 cm	2 mois	++	
50	A	58	M	6 mois		6 cm		+	Grosse artérite de surcharge.
51	A	67	M			6 cm		+	Importantes lésions d'artérite diabétique.
52	A	68	M					O	Tolérance mauvaise.
53	A	62	M					O	Tolérance mauvaise.
54	A	88	F		1re pousseé	6 cm	1 mois	+++	
55	T	64	F	6 mois	«	4 × 6	15 jours	+++	
56	T	66	F		«	10 cm	3 semaines	+++	

Abréviations : V : variqueux; PP : post-phlébitique; A : artériolaire; T : traumatique.

Vu : *Le Président de Thèse,*

A. Bazex.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 16 mars 1971.

Le Président du Conseil
de l'Université Paul-Sabatier :

L. Lareng.

3° *Résultats.*

a) Effet sur la cicatrisation.

L'étude des tableaux récapitulatifs précédents montre que dans l'ensemble le traitement des ulcères de jambe par la poudre P 47 a donné des résultats très favorables. C'est ainsi que nous avons obtenu :

— dans les ulcères variqueux : sur 22 malades traités nous avons noté :

7 effets excellents.

11 effets bons,

2 effets légers,

2 effets nuls (ces deux effets nuls étant dus l'un à une infection qui n'a pas été jugulée par la poudre P 47 et qui nous a obligé à changer de thérapeutique, le deuxième échec étant dû à une intolérance au topique).

Pour ces ulcères variqueux, la durée du traitement s'est échelonnée de 1 mois à 4 mois, la moyenne se situant autour de 2 mois.

— dans les ulcères post-phlébitiques. Pour les 10 malades traités nous avons noté :

2 effets excellents,

5 effets bons,

3 effets médiocres.

La durée du traitement a été en moyenne de 2 à 4 mois.

— dans les ulcères artériolaires. Sur les 21 malades traités nous avons noté :

4 effets excellents,

8 effets bons,

6 effets médiocres.

(Pour ces 6 malades l'échec de la thérapeutique s'explique grandement par le fait que les 6 malades traités présentaient, soit d'importantes lésions artérielles, soit une déficience consi-

dérable de l'état général. D'autres thérapeutiques utilisées chez ces malades ont eu des effets comparables.)

3 effets nuls (dans les 3 cas il s'agissait d'une intolérance à la poudre P 47).

— dans les ulcères trophiques.

Dans les deux cas d'ulcère trophique traités nous avons obtenu des effets excellents avec des cicatrisations rapides en 15 jours et 3 semaines.

En conclusion de l'étude de ces résultats nous pouvons dire que :

— La poudre P 47 favorise la cicatrisation des ulcères de jambe. Dans tous les cas, si l'on fait abstraction des cas où il y a eu une intolérance ou une surinfection, ce topique a relancé la cicatrisation mais cette activation de la cicatrisation a été variable suivant les malades, parfois excellente, parfois médiocre, le plus souvent bonne. Dans tous les cas où la cicatrisation a été médiocre ou légère, nous avons pu retrouver des facteurs aggravants tels que : état général déficient, lésions vasculaires importantes ou terrain local mauvais dû à des récidives multiples.

— Dans aucun cas nous n'avons noté un bourgeonnement excessif du tissu conjonctif nécessitant des nitratages répétés. Cette poudre P 47 donnant l'impression de régulariser la régénérescence du tissu conjonctif sans dépasser son but.

Parallèlement à la formation de ce socle conjonctif, nous avons pu noter une épidermisation régulière qui se faisait progressivement par les bords de l'ulcère assurant ainsi une cicatrisation correcte.

b) Effet sur l'infection.

L'hexachlorophène contenu dans la poudre P 47 a un pouvoir antiseptique certain comme nous avons pu le vérifier dans nos observations. Pour nous rendre compte de cette action antimicrobienne, nous nous sommes basé :

— dans un grand nombre de cas sur des prélèvements bactériologiques qui ont été faits au niveau de l'ulcère avant traitement et, le plus souvent, quelque temps plus tard.

— dans tous les autres cas sur des arguments purement subjectifs, c'est-à-dire nettoyage de la plaie avec disparition de tout enduit pultacé fibrineux et amorce du bourgeonnement (en effet, tant qu'il y a infection il ne peut pas y avoir bourgeonnement correct du tissu conjonctif). Dans tous les cas où nous avons noté la persistance d'un enduit pultacé, nous avons fait un prélèvement bactériologique de contrôle. Ainsi c'est sur ces critères cliniques que nous nous sommes basé pour juger de la non-surinfection d'un ulcère en cours de traitement.

Dans la majorité des observations, nous avons utilisé la poudre P 47 seule. Dans quelques cas, nous lui avons associé des pulvérisations de Terramycine-Polymyxine B spray. Dans quelques cas, nous avons aussi associé à la poudre P 47 des applications locales de sulfate de framycétine lorsque le prélèvement bactériologique nous avait montré la présence de bacilles pyocyaniques. A cette thérapeutique locale nous avons le plus souvent associé la prise d'un antibiotique par voie générale (Doxycycline) 1 capsule par jour. Mais nous estimons que cet antibiotique n'a eu qu'une très faible action au niveau des ulcères car les antibiotiques pris par voie générale pénètrent mal au niveau des ulcères.

Ainsi nous avons noté au cours de notre travail :

— que sur l'ensemble des 56 observations la poudre P 47 a eu un effet nul sur l'infection dans deux cas (obs. 9 et 21). Le prélèvement bactériologique pratiqué devant la persistance d'un phénomène infectieux, nous a montré que dans ces deux cas il s'agissait d'une infection à staphylocoques dorés.

— que dans 17 observations pour lesquelles nous avons fait des prélèvements bactériologiques avant tout traitement, la poudre P 47 seule ou associée à d'autres anti-microbiens locaux a pu lutter efficacement contre des germes extrêmement divers.

Ainsi nous pouvons résumer les résultats de ces 17 observations par le tableau suivant :

POUDRE P 47 UTILISEE SEULE

Résultats du prélèvement bactériologique	Nombre de cas	Numéros des observations	Résultats
Bacilles coliformes	7	1 - 7 - 11 - 12 - 14 - 15 - 30	Favorable, aucun échec
Bacilles coliformes + staphylocoques dorés	1	10	« «
Protéus	3	18 - 28 - 55	« «
Acinétobacter	1	26	« «

POUDRE P 47 ASSOCIEE A TETRAMYCINE-POLYMYXINE B spray

Staphylocoque doré	1	17	Favorable
Staphylocoque doré + protéus	1	27	«

POUDRE P 47 ASSOCIEE AU SULFATE DE FRAMYCETINE LOTION

Bacilles coliformes + bacilles pyocyaniques	1	25	Favorable
Bacilles pyocyaniques	1	32	«

En conclusion de l'étude de l'action anti-microbienne de la poudre P 47, nous pouvons dire qu'elle contribue à nettoyer la plupart des ulcères, qu'elle évite dans tous les cas la surinfection secondaire d'un ulcère déjà nettoyé.

c) Effet sur les signes associés aux ulcères de jambe.

— Dans 7 observations il existait d'autres lésions de dermite de stase associées à l'ulcère de jambe.

— Dans 4 cas (obs. 2, 6, 18 et 27) il s'agissait de lésions d'eczéma d'évolution subaiguë qui ont été parfaitement nettoyées au bout de 8 jours par les applications de poudre P 47.

— Dans 1 cas il s'agissait d'une parakétarose psoriasiforme (obs. 15) qui a rapidement guéri par les applications de poudre P 47.

— Dans 2 cas (obs. 10 et 28) il s'agissait de manifestations inflammatoires importantes siégeant tout autour de l'ulcère qui ont, elles aussi, été grandement améliorées par les applications de poudre P 47. On peut donc convenir d'une action favorable de cette poudre sur les signes associés dans ces observations.

4° *Intolérance.*

Sur les 56 observations nous n'avons observé que 4 manifestations d'intolérance.

— Dans 2 cas ces signes d'intolérance sont critiquables car ils ne se sont traduits que par des manifestations purement subjectives de la part des malades. Ces deux malades se sont plaints de douleurs lancinantes à type de brûlures siégeant au niveau des ulcères après l'application de la poudre P 47, ces dysesthésies persistant toute la journée. Mais surtout il convient de noter que ces deux malades étaient hospitalisés en même temps dans deux lits contigus, et que nous n'avons observé aucun signe objectif d'intolérance à cette poudre. Par ailleurs un des deux malades était un psychopathe ancien ayant été hospitalisé plusieurs fois dans des Services

spécialisés et qui avait l'habitude de se plaindre des nombreux topiques nouveaux que l'on utilisait chez lui.

— Dans les deux autres cas, au bout de quelques jours d'application de la pommade, on a noté l'apparition d'un prurit, de signes inflammatoires au niveau de l'ulcère et de lésions vésiculeuses tout autour de l'ulcère. Il ne fait aucun doute, que, dans ces deux cas, les malades ont fait une intolérance à ce produit, mais nous n'avons pas pu faire d'épidermotests au produit et surtout à chacun des composants du produit pour savoir quel était le composant responsable de ces intolérances.

CONCLUSIONS GENERALES

A la lumière de tous les renseignements que nous avons pu obtenir par cette étude, nous pouvons affirmer que la poudre P 47 a eu un effet extrêmement favorable sur la cicatrisation des plaies : elle a la propriété d'induire, d'entretenir et de régulariser cette cicatrisation. L'antiseptique qui lui est associé nous a paru le plus souvent suffisant pour désinfecter un ulcère et éviter toute surinfection secondaire. Cependant, dans quelques cas, nous avons eu un échec de cette préparation sur ce facteur infectieux, aussi proposons-nous d'associer au début du traitement de tout ulcère de jambe un autre anti-microbien tel que Terramycine Polymyxine B sous forme de spray poudre.

Cette association nous a paru suffisante dans la majorité des cas.

Le président du jury de Thèse,

Professeur A. BAZEX,

BIBLIOGRAPHIE

I. — SUR LES ULCERES DES JAMBES ET LEUR TRAITEMENT

Nous ne rapportons que les principales références bibliographiques, concernant les ulcères des jambes, auxquelles nous nous sommes référé.

DEGOS R. — Dermatologie. Edition médicale *Flammarion*, Paris.

DUPERRAT B. — Précis de dermatologie. *Masson et Cie*, éditeurs, Paris.

ANNING S. T. — La cause et le traitement des ulcères de jambe. *Lancet*, 25 oct. 1952, 2, 789-794.

ANNING S. T. — Leg ulcers. Their causes and treatment. *Churchill*, édit. Londres, 1954.

BEAUMONT J.-L. — Traitement médical des varices et de l'insuffisance veineuse chronique. *Presse médicale*, 25 sept. 1965, 73, n° 40, 2255-2257.

BEUREY J., DUREUX J.-B., WEBER M., DRUESNE M. et PETITJEAN J. — Septicémie à Proteus vulgaris : complication grave d'un ulcère de jambe. *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, mars-av. 1964, 71, n° 2, 239-242.

BOLGERT M., HODARA M. et PAGLOUCHI O. — Importance de certains facteurs étiologiques trop méconnus des ulcères de jambe. *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, août-oct. 1961, 68, n° 4, 540-544.

BOULLE St. et BOULLE M. — Ulcères de jambes. *Enclycl. méd. chir.*, Dermatologie, fasc. 12695-A-10.

BOULLE St. — Périveinites nodulaires aiguës et subaiguës. Hypodermites en coulées. *Angéiologie*, n° 1, janvier-fév. 1960, 12-14.

BRETON (H.). — Un cas d'ulcère de jambe cancéreux. *Phlébologie*, juil.-sept. 1958, 11, n° 3, 135-138.

CHARPY J. et AUDIER M. — Les troubles trophiques des membres inférieurs d'origine veineuse. *Masson*, édit. Paris, 1956.

COLOMB D. et ROUHANI A. — Les gangrènes en plaques superficielles (capillarites nécrotiques ou angiodermites nécrotiques en plaques superficielles). *Rev. Lyon Méd.*, 15 février 1963, 12, n° 3, 165-177.

DEGOS R. et GUILAINE J. — Examen clinique d'un malade atteint d'ulcère de jambe. *Rev. Praticien*, 21 mai 1960, 70, 15, 1581-1592.

DELANNOY E., HURIEZ Cl., LAGACHE G. et DESMONS F. — Résultats d'une collaboration médico-chirurgicale dans le traitement des troubles trophiques des membres inférieurs d'origine veineuse. *III^e Journées Internationales de Phlébologie,* Aix-en-Provence, oct. 1955.

DELANNOY E., HURIEZ Cl., LAGACHE G., DESMONS F., MARTINO M. et PELCE P.H. — La part de la chirurgie dans le traitement des ulcères de jambe d'après 1.785 cas observés de 1943 à 1956. *61^e Congrès de Chirurgie,* oct. 1959.

DELANNOY E., DOUMER E., HURIEZ Cl., DEWAMBEZ P. et PELCE P.H. — Etude comparative des œdèmes chez 796 phlébitiques traités par l'héparine ou le dicoumarol et chez 151 phlébitiques non traités par les anticoagulants. *Angéiologie,* nov. 1959, 5-11.

DELMOTTE A. — Bactériologie des ulcères et ulcérations de jambe. Les troubles trophiques des membres inférieurs, d'origine veineuse. *Masson,* édit. Paris, 1956.

ENJALBERT A. — Traitement chirurgical des ulcères trophiques des membres inférieurs. *Congrès franç. Chirurgie,* Paris, 1959, Rapport, p. 259. Conclusions, p. 395.

FONTAINE R., BOLLACK Cl., TUCHMANN L. et JUNG A. — Quelques réflexions au sujet du traitement chirurgical des ulcères trophiques des membres inférieurs. *Congrès franç. Chirurgie,* Paris, 1959, p. 355.

FRILEUX C. et HODARA. — Pour le traitement médico-chirurgical des ulcères variqueux. *Congrès franç. Chir.* Paris, 1959, p. 379.

FRILEUX C. et HODARA. — Les varices essentielles. Résultats du traitement médico-chirurgical d'après une expérience portant sur plus de 1.000 cas. *Presse médicale,* 1960, 68, n° 11, pp. 387-89.

GATE J. et DUVERNE J. — Traitement médical d'un ulcère d'origine vasculaire. *Rev. Praticien,* 21 mai 1960, 10, n° 15, 1601-1619.

GATE J. et VACHON. — La place actuelle de la thérapeutique tissulaire en dermatologie. *Ann. derm. syph.,* sept-oct. 1951, 78, n° 5, 547-548.

GERARD P. — Les ulcères de jambe de cause circulatoire. *Expansion scient. franç.,* édit. Paris, 1961.

GERSON L. — Les varices et leurs associations pathologiques. *Doin,* édit. Paris, 2^e édit. 1948.

GERSON L. — Les hypodermites en angéiologie. *Angéiologie,* n° 4, juillet-août 1959, pp. 13-30.

GRACIANSKY P. (de) et BOULLE St. — Traitement des ulcères de jambe. *France méd.* Oct. 1951, 14, n° 10, 5-18.

HURIEZ Cl., VANDERDORP F., DUMONT R. et CORDIER R. — Les lésions osseuses au cours des ulcères de jambes. *Paris méd.* 30 oct. 1948, 453-456.

HURIEZ Cl., LAGACHE G. — Les traitements actuels des ulcères de jambe. *Concours méd.* 14 mars 1953, 75, n° 11, 935-941.

HURIEZ Cl., LAGACHE G. et DESMONS F. — Film en technicolor réalisé avec E. DUVIVIER, sur « ulcères de jambes et troubles trophiques d'origine veineuse » avec présentation d'une cinquantaine de malades. *Art et Sciences,* producteur, 1956.

HURIEZ Cl., DESMONS F., et PELCE P.-H. — Evolution de la tactique thérapeutique, curative et préventive de l'ulcère de jambe. *VI^e colloque de la filiale marseillaise de la Société franç. de Dermat.* Oct. 1955.

HURIEZ Cl., LAGACHE G., DESMONS F. et PELCE P.-H. — Ulcères de jambes et troubles trophiques d'origine veineuse. *Rev. Praticien,* 11 oct. 1955, 5, n° 26, 2703-2723.

HURIEZ Cl. — Indications et résultats thérapeutiques dans les artérites. Table ronde Soc. franç. Angéiol. et Histopathol. 28 avril 1960. *Angéiologie,* juillet-août, 1960. n° 4, 1-3.

HURIEZ Cl., DESMONS F. et PELCE P.-H. — Les lésions associées et les complications des ulcères de jambe. *Rev. Praticien,* 21 mai 1960, 10, n° 15, 1619-1643.

HURIEZ Cl., DESMONS F., et THOREUX M. — Les douleurs dues aux varices essentielles et aux troubles trophiques d'origine veineuse. *Rapport au 1^er congrès intern. de Phlébologie de Chambéry,* 6-8 mai 1960, 395-421.

HURIEZ Cl., AGACHE P., WATEL F., LEFEBVRE J. et CHARLES J. — La place du massage électro-pneumatique dans le traitement de l'artérite chronique des membres inférieurs (d'après 126 cas à manifestations cutanées). *Lille méd.,* fév. 1961, 6, n° 2, 159-164.

HURIEZ Cl., DESMONS F. et AGACHE P. — Les facteurs généraux au cours des ulcères de jambe d'après 2.173 observations. *Bull. Soc. franç. Derm, syph.,* nov.-déc. 1961, 68, n° 5, 827-832.

HURIEZ Cl., DESMONS F., AGACHE P. et BOMBART M. — Les hypodermites et dermo-hypodermites en plaques et diffuses. *Presse méd.* 25 déc. 1962, 70, n° 56, 2743-2746.

HURIEZ Cl. et FLIPO G. — Le devenir des strippés. — Communication au Congrès d'Aix-la-Chapelle, 9-11 oct. 1964. *Phlébologie,* oct.-déc. 1965, 18, n° 4, 347-349.

HURIEZ Cl. et LAGACHE G. — Les traitements actuels des ulcères de jambes. Journées médicales des Hôpitaux de Lille, juin 1952, pp. 31-51. Morel, édit. *Echo Médical du Nord,* juillet 1959, pp. 42-55. *Concours médical,* 14 mars 1953, pp. 935-941.

HURIEZ Cl. et DESMONS F. — Le traitement des varices par les injections sclérosantes. Sa place dans la cure et la prévention des ulcères de jambes et de leurs récidives. *Echo médical du Nord,* février 1954, pp. 85-91.

HURIEZ Cl., DESMONS F. et DUSAUSOY R. — Action des applications locales de digitale dans le traitement des ulcères de jambes. *Société française de Dermatologie,* 13 décembre 1951. Bulletin n° 5, décembre 1951, pp. 562-563.

HURIEZ Cl., DESMONS F., MARTIN P., PELCE P.-H., AGACHE P. et LELONG M. — La coagulation sanguine chez les sujets atteints de troubles trophiques de jambe d'origine veineuse. *Lille médical,* 3e série, année 1957, T. II, n° 1.

HURIEZ Cl., LAGACHE G., DESMONS F. — Le traitement des ulcères de jambe. *Revue médicale française,* T. XXXVI, n° 7, juillet 1958, pp. 417-427.

HURIEZ Cl., DESMONS F. et THOREUX M. — Les hypodermites en plaques et diffuses. *Angéiologie,* novembre 1959, pp. 19-24.

HURIEZ Cl. — Essai de synthèse des hypodermites. *Angéiologie,* n° 1, janvier-février 1960, pp. 19-20.

HURIEZ Cl. et DELESCLUSE R. — Cinquante-neuf lymphoédèmes des membres inférieurs observés en dix ans à la Clinique dermatologique de Lille. *Angéiologie,* novembre 1959, pp. 27-29.

HURIEZ Cl., DESMONS F., PELCE P. — La douleur dans les varices et leurs troubles trophiques. *Rapport au Congrès International de Phlébologie,* Chambéry, 7 mai 1960.

ISIDOR P. — Anatomie pathologique des plaies atones (ulcères chroniques de la région malléolaire). Tentative pathogénique. *Rev. Praticien,* 21 mai 1960, 10, 15, 1573-1578.

JALLEY J. — A propos d'ulcère de jambe et tétanos. Phlébologie, janv.-mars 1960, 13, n° 1.

KRIEG E. — Phlébite migrante. *Phlébologie,* 9e année, n° 3, juil.-septembre 1956, pp. 99-105.

LEDERER J. — L'albuminurie, élément de pronostic dans les ulcérations. *Sem. Hôp. Paris,* 8 janv. 1966, 42, n° 2, 92-97.

MAIRANO M. — Traitement chirurgical de la maladie post-phlébitique du membre inférieur. Troubles trophiques des membres inférieurs. Aix-en-Provence 1955, 90-105.

MARTINET J.-D. et coll. — Traitement des maladies veineuses des membres inférieurs. *Doin* édit. Paris, 1965, 360 pages.

NADAL Cl. — La flore microbienne des ulcères de jambe. *Thèse* Paris, 1958.

OLIVIER C. — Maladies des veines. Diagnostic et traitement. *Masson.* édit. Paris, 1957.

OLIVIER Cl. et ENJALBERT A. — Traitement chirurgical des ulcères trophiques des membres inférieurs. LXIe Congrès français de chirurgie, 5-10 octobre 1959 « *Informations et Rapports* », pp. 145-300.

Phlébologie. Numéro International. *Rev. Méd.* mai 1966, 7, n° 9. Les varices, entité clinique héréditaire. Sous la direction du Docteur R. Tournay.

Randazzo S.D. — Les ulcères torpides des membres inférieurs dans le rapport des cas de la Clinique Dermatologique de Catane (étude statistique sur 393 cas durant la période 1949-1963). *Giorn. ital. Dermatol.*, juill.-août 1964, 105, n° 4, 409-418.

Sicard P. — Epithélioma de la jambe greffé sur un ulcère variqueux ancien et traité par des injections locales d'E 39. *Phlébologie*, av.-juin 1960, 13, n° 2, 131-134.

Sigg K. — La thrombose superficielle et profonde. Prophylaxie et traitement par la butazolidine. *Phlébologie*, 9e année, n° 3, juil.-septembre 1956, pp. 108-115.

Thivolet J. et Fleurette J. — Etude de la flore bactérienne aérobie des ulcères de jambe. Comparaison entre les prélèvements effectués à la surface de l'ulcération et dans les parties molles voisines. *Ann. Derm. Syph.*, oct.-déc. 1965, 92, n° 5-6, 481-488.

Touraine A. — Les capillarites. *Bulletin Société française de Dermatologie*, 7 juillet 1937, pp. 838-965.

Tournay R. — A propos de la phlébite migrante. *Phlébologie*, 9e année, n° 3, juillet-septembre 1956, pp. 105-108.

Tournay R. — Quelques cas d'ulcères malins de jambe. *Phlébologie*, 11e année, n° 3, juil.-sept. 1958, pp. 143-147.

Vacher M. — A propos d'un ulcère de jambe malin. Observation d'un cas de fibrosarcome fusocellulaire sous-cutané de la jambe. *Phlébologie*, 11e année, n° 3, juillet-septembre 1958, pp. 129-135.

2° SUR LE TRAITEMENT DES ULCERES DES JAMBES PAR LA POUDRE P 47.

Publications et Travaux sur P 47.

Balme M.M. — *Thèse Médecine*, Dijon 1970. Etude de la cicatrisation induite par une structure enzymatique (à paraître).

Biron G. et Monteil R. — Traitement des brûlés par un nouveau cicatrisant (sous presse).

Cabanne F., Majoie B., Vogel Ch., Dusserre P., Michiels R. et Bastien H. — Texte présenté à deux Sociétés Anatomiques. Paris 7-5-1970, Marseille 15-4-1970.
Action des catalases sur le tissu de granulation des plaies, étude clinique et expérimentale.

Calas E. et Mathieu J. — Marseille. — Expérimentation clinique de la poudre P 47 (sous presse).

Huriez Cl. — C.H.U. Lille. Rapport d'expertise clinique.

Klepping Cl. — Dijon : Rapport d'expertise clinique.

Leclaire M. — C.H.U. Lille : Un nouveau cicatrisant en dermatologie dans le traitement des ulcères de jambes et des pertes de substances dermo-épidermiques (sous presse).

Leclerc F. P. — Compte rendu expérimentation clinique.

Majoie B., Camps S., Cretin-Maitenaz J. et Dumont C. — Lab. Fournier, Dijon, juillet 1969. Données pharmacologiques sur un nouveau cicatrisant présenté au congrès international de pharmacologie de Bâle.

Marcy R. — Caen : Expertise toxicologique et pharmacologique.

Michot M. — Dijon : Histologie. Dusserre P. 1968 — Le tissu de granulation dans les plaies atones. Présenté au Congrès International de Phlébologie d'Amsterdam, 9-15 sept. 1968.

Nicoletis Cl. — Paris : Essai clinique de P 48 (Catalase Fournier) dans la cicatrisation des plaies. *La Vie Médicale* (sous presse).

Cicatrisation.

De Vito R. V. — 1865 : The Healing of Wounds. *Surg. Ch. North. Am.* 45 (2) 441-459.

Dunphy J. E. — 1967 : The Healing of Wounds. *Can. J. Surg.* 10, 281-287.

Marcy R. — 1961 : Cicatrisation et cicatrisants. *Prod. et Probl. Pharm.* 16 (2) 53-62 et (3) 111-124.

Miloschvapil. — 1968 : *Hope Seyler's Z. Physio. Chem.* Bd 349 S. 211-217. The influence of Various Oxygen Tensions upon Proline Hydroxylation and the Metabolism of Collagenous and Non-Collagenous Proteins in skin slices.

Nicoletis Cl. — Octobre 1964 : Phénomènes enzymatiques locaux au niveau des pertes de substances cutanées : la détersion accélérée des plaies. *La Vie Médicale,* 45, MT 8, 1223-1229.

Remensnyder J. et Majno P. — 1968 : Oxygen Gradients in Healing Wounds. *The Am. J. of Pathol.* 52 (2), 301-323.

Schilling J. A. — 1968 : Wound Healing. *Physiol. Rev.* 48 (2).

Vilain R. — 1968 : Plaies, brûlures et nécroses. Conseils au praticien. *Les Cahiers Baillère* (12) J. B. Baillère et fils, édit.

Catalase.

Aebi H. — 1960 : Mécanisme et rôle biologique de l'action peroxydasique de la Catalase. *Bull. Soc. Chim. Biol.* 42 (23), 187-207.

FEINSTEIN R.N. — 1966 : Reversal of H.O. toxicity in the acatalsemic mouse by catalase administration. *J. Lab. Clin. Méd.* 68 (6), 952-957.

Hexachlorophène.

MICHAUD A. M., BURI P. et MIRIMANOFF A. — 1968 : *Pharm. Helv.* 43 (6) 366, (10) 644 et (12) 810.

REBOUILLAT J. et FILLAT M. — 1965 : Essai d'une émulsion d'Hexachlorophène dans la préparation cutanée à l'intervention. *Sem. des Hôp.* (46) 2671.

Avantage de la poudre.

BENASSY J. — 1968 : A propos des escarres. *Bull. Mem. Soc. Chir. Paris,* 58 (5-6) 288-290.

FOURNIE, Imprimeur
27, boulevard Riquet
T O U L O U S E
3-71 - D. L. 71-1 - 2338